成都市第五人民医院GCP机构办公室

临床试验项目影像拷贝申请表

尊敬的成都市第五人民医院国家药物临床试验机构：

您好!现有申办方\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_在成都市第五人民医院\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_科室开展的“\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_”临床试验(方案编号:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_), PI为\_\_\_\_\_\_\_\_，申请拷贝受试者试验影像原始数据资料，留存于受试者文件，具体详见附件清单，请予以协助。

PI签字： 年 月 日

GCP机构办公室秘书签字： 年 月 日

病案科经办人员签字： 年 月 日

**（项目编号）原始影像数据第\*\*\*次拷贝清单（可调整）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 筛选号 | 随机号 | 姓名 | 身份证号码 | **门诊号/****住院号** | 筛选访视 | V1访视 | V2访视 | \*\*访视 | \*\*访视 | \*\*\* |
| **检查时间** |
| 2024.01.23 | \*\*\*\* |  |  |  |  |
| **拷贝内容** |
| CT/\*\*/\*\* | DSA/\*\*/\*\* | 手术影像 | \*\*\* |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

备注：自带U盘，刻盘费每例50元（合同中）。流程走完后，将该文件扫描上传CTMS系统备案。

病案科：四号楼2楼，王建波和黄海燕老师负责。